

**Článek 1 Úvodní ustanovení**

- Investiční životní pojištění Maxík (dále jen „pojištění“) se řídí těmito zvláštními pojistnými podmínkami ze dne 1. 12. 2012 (dále jen „ZPP“), ujednáními pojistné smlouvy a Všeobecnými pojistnými podmínkami pro životní pojištění ze dne 1. 1. 2005 (dále jen „VPP“). Právní vztahy neupravené výše uvedeným se řídí příslušnými ustanoveními zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o pojistné smlouvě“), a ustanoveními souvisejících právních předpisů. Výše uvedené pojistné podmínky jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy.
- Pojištěním, které je v pojistné smlouvě sjednáno vždy, je základní pojištění pro případ dožití a pro případ Lymeské boreliózy (dále jen „základní pojištění“). V pojistné smlouvě lze k základnímu pojištění dále sjednat tato vedlejší pojištění:
  - pojištění pro případ vážné choroby,
  - pojištění pro případ trvalých následků úrazu,
  - pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu.
- Doba trvání pojištění Maxík je určena dobou trvání základního pojištění.
- V pojistné smlouvě lze k základnímu pojištění sjednat i jiné druhy vedlejšího pojištění, než jsou pojištění uvedená v odst. 2 písm. a) až c) tohoto článku. Není-li takové pojištění upraveno těmito ZPP, řídí se samostatnými doplňkovými pojistnými podmínkami pro tento druh pojištění.
- Pojištění, která se řídí těmito ZPP, jsou pojištěními obnosovými.

**Článek 2 Výklad pojmů**

Pojmy použité v těchto ZPP a nspecifikované nebo odlišně specifikované ve VPP jsou vymezeny následovně:

- Program investování:** Portfolio různých finančních instrumentů založené a spravované pojišťitelem nebo správcem pověřeným pojišťitelem, které má společnou investiční strategii a které bylo vytvořeno pro účely investičního životního pojištění. Pro účely pojištění se rozlišují dva typy programů investování - tržní programy investování a garantované programy investování (dále oba také jen "programy investování"). V případě tržních programů investování investiční riziko nese zcela pojistník. V případě garantovaných programů investování pojišťitel garantuje, že cena podílu programu investování neklesne. Aktuální zhodnocení pro daný garantovaný program investování je uvedeno v sazebníku. U programů investování musí být vždy určeno, zda se jedná o program investování pro běžné pojistné nebo o program investování pro mimořádné pojistné.
- Podíl:** Poměrný díl programu investování definovaný pro účely tohoto pojištění.
- Podílový účet:** Individuální účet spravovaný pojišťitelem ke každé pojistné smlouvě, na něž se připisují podíly jednotlivých programů investování vytvořené na základě zaplacení běžného a mimořádného pojistného.
- Cena podílu:** Cena stanovená pojišťitelem, která se používá pro vytváření a rušení podílů jednotlivých programů investování v daný den.
- Hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění:** Počet podílů připsaných na podílovém účtu a vytvořených na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění vynásobený příslušnou cenou podílu.
- Hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení mimořádného pojistného:** Počet podílů připsaných na podílovém účtu a vytvořených na základě zaplacení mimořádného pojistného vynásobený příslušnou cenou podílu.
- Hodnota pojištění:** Hodnota všech podílů připsaných na podílovém účtu, která je součtem hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění a hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného.
- Pojistný rok:** Rok začínající v den počátku pojištění nebo ve výroční den počátku pojištění a končící v nejbližší následující výroční den počátku pojištění.
- Pojistný měsíc:** Měsíc začínající v den počátku pojištění nebo v den, který se číslem shoduje se dnem počátku pojištění, není-li takový den v kalendářním měsíci, případně počátek na jeho poslední den, a končící v nejbližší následující den, který se číslem shoduje se dnem počátku pojištění a není-li takový den v nejbližším následujícím kalendářním měsíci, pak případně konec na poslední den tohoto kalendářního měsíce.
- Oceňovací den:** Den, kdy jsou oceňována podkladová aktiva, k nimž jsou vztaheny jednotlivé programy investování, a stanoveny ceny těchto programů investování.
- Finanční bonus:** Finanční obnos, který pojišťitel může přiznat na základě svého rozhodnutí dle pojistné technických zásad nad rámec podílu na zisku.
- Úraz:** Úrazem se rozumí neočekávané a náhlé působení zevních sil nebo vlastní tělesné síly nezávisle na vůli pojištěného, ke kterému došlo v době trvání pojištění a kterým bylo pojištěnému způsobeno poškození zdraví nebo smrt.
- Oceňovací tabulka B:** Dokument pojišťitele obsahující zásady plnění pojišťitele z pojištění pro případ trvalých následků úrazu dle podmínek sjednaných v pojistné smlouvě. Oceňovací tabulka B je k dispozici na všech obchodních místech pojišťitele. Pojišťitel si vyhrazuje právo oceňovací tabulku měnit nebo doplňovat v závislosti na vývoji lékařské vědy a praxe. Výši pojistného plnění určuje pojišťitel podle oceňovací tabulky platné v době vzniku úrazu.
- Akutní lůžko:** Lůžko zdravotnického zařízení, určené k hospitalizaci při stavu náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí nebo pokud uvedený stav nelze vyloučit (včetně plánovaných operací), nebo k hospitalizaci při stavu náhlého onemocnění nebo náhlého zhoršení chronické nemoci vážně ohrožující zdraví, nebo k hospitalizaci, při které charakter zdravotní péče, kterou stav pojištěného vyžaduje, nedovoluje její poskytování ambulantní formou, a to po dobu potřebnou k provedení nezbytných vyšetření a ošetření nebo po dobu, po kterou lze důvodně očekávat náhlý zvrát stability zdravotního stavu.
- Nemoci přenášené pohlavním stykem:** Kapavka, syfilis, HIV/AIDS, herpes, kondylomata, trichomoniáza
- Neodkladná operace:** Operace, pro kterou byl pojištěný neodkladně přijat k hospitalizaci nebo pokud k neodkladnému operačnímu zákroku v průběhu hospitalizace vedl jeho stav.
- Odborný léčebný ústav:** Léčebna pro dlouhodobě nemocné, léčebna tuberkulózy a respiračních onemocnění, psychiatrická léčebna, ústav pro léčbu závislosti (včetně záchytné stanice), lázeňská léčebna, sanatorium, ozdravovna, rehabilitační ústav, ústav sociální péče nebo pečovatelské služby, stacionář, hospic.
- Sociální hospitalizace:** Hospitalizace z jiných než zdravotních důvodů, kdy pojištěný je hospitalizován ve zdravotnickém zařízení a nemůže být propuštěn pouze proto, že se vzhledem ke svému zdravotnímu stavu neobejde bez pomoci další osoby a potřebná péče mu nemůže být poskytnuta v odborném léčebném ústavu nebo formou pečovatelské služby, ačkoli podmínky pro poskytování těchto služeb podle obecně závazných právních předpisů splňuje, nebo nemůže být propuštěn z jiného sociálního důvodu.
- Zdravotnické zařízení:** Zdravotnické zařízení, včetně radioterapeutického a onkologického léčebného ústavu, které poskytuje diagnostickou a léčebnou ústavní (lůžkovou) zdravotní péči, je pro druh a rozsah jím poskytované péče personálně, věcně a technicky vybavené a splňuje požadavky kladené na jeho provoz obecně závaznými právními předpisy. Za zdravotnické zařízení se nepovažuje odborný léčebný ústav.

**POJIŠTĚNÍ****Článek 3 Pojištění pro případ dožití a pro případ Lymeské boreliózy (základní pojištění)**

- Dožije-li se pojištěné dítě (dále jen „pojištěný“) sjednaného konce pojištění, vyplátí mu pojišťitel pojistné plnění ve výši hodnoty pojištění vytvořené k datu ukončení šetření pojistné události pojišťitelem.
- V případě, že u pojištěného je v době trvání pojištění stanovena diagnóza Lymeské boreliózy, která splňuje podmínky pojistné události dle odst. 3 tohoto článku, vyplátí pojišťitel pojištěnému pojistnou částku pro případ Lymeské boreliózy sjednanou v pojistné smlouvě k datu pojistné události.

3. Pojistná událost nastane, je-li u pojištěného písemnou lékařskou zprávou specifikovanou v odst. 5 písm. a) tohoto článku potvrzeno stanovení diagnózy Lymeské boreliózy dle odst. 4 tohoto článku a to za podmínky, že onemocnění bylo diagnostikováno nejdříve po uplynutí prvních tří kalendářních měsíců následujících po počátku pojištění a zároveň pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy.
4. Pro účely tohoto pojištění se Lymeskou boreliózou rozumí závažná forma Lymeské boreliózy prokazatelně způsobená infekcí přenesenou přisátým klíštětem. Pojistná ochrana se vztahuje pouze na případy Lymeské boreliózy, kdy pojištěný doloží diagnózu 2. nebo 3. stadia onemocnění potvrzenou odborným lékařem neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.
5. Pojištěný je povinen:
  - a) pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, a to bez zbytečného odkladu, jehož součástí je lékařské potvrzení diagnózy 2. nebo 3. stadia Lymeské boreliózy. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky,
  - b) dodržovat veškeré pokyny lékaře vztahující se k léčení Lymeské boreliózy, k léčebnému režimu a vyloučit veškerá jednání, která mohou nepříznivě ovlivnit stav nebo vývoj Lymeské boreliózy,
  - c) vyžaduje-li to pojistitel, podrobit se na náklady pojistitele kontrolnímu vyšetření zdravotního stavu u lékaře, kterého pojistitel určí, a v jím určeném termínu,
  - d) dodat pojistiteli všechny doklady, lékařské zprávy a posudky, které si pojistitel při pojistné události i kdykoliv v době trvání pojištění vyžádá, a to bez zbytečného odkladu,
  - e) umožnit pojistiteli získávat a zpracovávat veškerou zdravotní dokumentaci o své osobě, popř. tuto zdravotní dokumentaci pro pojistitele na jeho vyžádání zajistit a zprostit mlčenlivosti všechny lékaře, kteří pojištěného léčili nebo vyšetřovali, a to i z jiných důvodů, než je pojistná událost, a zplnomocnit je k podání všech nutných informací pojistiteli,
  - f) zplnomocnit svou zdravotní pojišťovnu k poskytnutí všech informací, které si pojistitel vyžádá.
6. V souladu s ustanovením článku 10 odst. 2 VPP je pojistitel oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění dle odst. 2 tohoto článku i v případech, mělo-li vědomé porušení povinností uvedených v odst. 5 písm. b) až f) tohoto článku podstatný vliv na vznik pojistné události Lymeské boreliózy nebo na zvětšení rozsahu následků této pojistné události, nebo bylo-li znemožněno šetření nutné ke zjištění rozsahu povinností pojistitele plnit. Pojistitel sníží pojistné plnění podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinností plnit.
7. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 3 tohoto článku a pojistitel za ni neposkytl pojistné plnění v souladu s ustanoveními článku 9 odst. 1 VPP, pojištění pokračuje beze změn.
8. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 3 tohoto článku a pojistitel za ni poskytl pojistné plnění, pojištění pokračuje beze změn.
9. Pojištění pro případ dožití a pro případ Lymeské boreliózy zaniká nejpozději ve výroční den počátku pojištění v roce, v němž se pojištěný dožije 25 let věku.

#### Článek 4 Pojištění pro případ vážné choroby

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že je v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ vážné choroby dle článku 1 odst. 2 písm. a) těchto ZPP.
2. V případě, že u pojištěného dítěte (dále jen „pojištěný“), je v době trvání pojištění pro případ vážné choroby, nejdříve však po uplynutí prvních tří kalendářních měsíců ode dne počátku, stanovena diagnóza vážné choroby, která splňuje podmínky pojistné události dle odst. 3 tohoto článku, vyplácí pojistitel pojištěnému pojistnou částku pro případ vážné choroby sjednanou v pojistné smlouvě k datu pojistné události.
3. Pojistná událost je pro účely vymezení pojistného plnění v případě vážné choroby definována následovně:
  - 3.1. Pojistná událost nastane, je-li u pojištěného písemnou lékařskou zprávou specifikovanou v odst. 4 tohoto článku potvrzeno:
    - a) první stanovení diagnózy některého z onemocnění uvedených v odst. 4 písm. a) až b), písm. d), písm. f) až o) , písm. r) až v) tohoto článku, nebo
    - b) první zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci podle odst. 4 písm. c) tohoto článku, nebo
    - c) první podstoupení chirurgického zákroku uvedeného v odst. 4 písm. e) a p) tohoto článku (dále jen „vážná choroba“) za podmínky, že onemocnění dle písm. a) tohoto odst. nebo onemocnění, které zapříčinilo zařazení pojištěného na čekací listinu dle písm. b) tohoto odst. nebo podstoupení chirurgického zákroku pojištěným dle písm. c) tohoto odst., bylo diagnostikováno nejdříve po uplynutí prvních tří kalendářních měsíců následujících po počátku pojištění pro případ vážné choroby a současně byly splněny podmínky uvedené v odst. 3.2 tohoto článku.
  - 3.2. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 4 písm. a), g), i), j), m), n), o), s), t), u), v) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 4 písm. b) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 4 písm. c) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 4 písm. d) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 4 písm. e) a p) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne podstoupení chirurgického zákroku. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 4 písm. f) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 4 písm. g) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 4 písm. h) tohoto článku je nezbytné, aby diagnóza přetrvávala alespoň 6 měsíců ode dne stanovení diagnózy odborným neurologem. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 4 písm. i) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 4 písm. j) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 4 písm. k) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 4 písm. l) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 4 písm. m) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 4 písm. n) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 4 písm. o) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 4 písm. p) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 4 písm. q) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 4 písm. r) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 4 písm. s) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 4 písm. t) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 4 písm. u) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy. Pro vznik pojistné události v případě vážné choroby uvedené v odst. 4 písm. v) tohoto článku je nezbytné, aby pojištěný přežil alespoň 30 kalendářních dnů ode dne stanovení diagnózy.
  - 3.3. Splnění podmínky uplynutí tří kalendářních měsíců od počátku pojištění pro případ vážné choroby dle odst. 2 a 3.1 tohoto článku se nevyžaduje, došlo-li k vážné chorobě výlučně v důsledku úrazu prokazatelně vzniklého nejdříve v den počátku pojištění pro případ vážné choroby.
4. Pro účely sjednání pojištění pro případ vážné choroby a v souladu se zněním výše uvedených ustanovení tohoto článku se za vážnou chorobu při splnění níže uvedených podmínek považuje:
  - a) rakovina  
Rakovinou se rozumí onemocnění způsobené zhoubným nádorem, charakterizované nekontrolovatelným a invazivním růstem nádorových buněk s tendencí ke vzniku metastáz. Pojistná ochrana se vztahuje i na zhoubný melanom kůže od klasifikačního stupně TNM 2-0-0, kožní T-lymfom od II. stádia, leukémii a zhoubné nádory mízního systému. Pojistná ochrana se nevztahuje na ostatní typy rakoviny kůže, Hodgkinovu chorobu v I. stádiu, polycytemia vera, všechny nádory histologicky popsané jako premalignity či pouze počínající nebo nerozvinuté maligní změny, nádory popsané jako „in situ“ a nádorová onemocnění při současné přítomnosti infekce virem HIV.  
Diagnóza musí být stanovena odborným lékařem specializovaného zdravotnického zařízení, a to na základě histologického, nebo jiného odpovídajícího vyšetření svědčícího pro zhoubné postupující onemocnění a jeho zařazení podle mezinárodní klasifikace nádorů TNM, resp. operačního protokolu, pokud byl proveden chirurgický zákrok.  
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze zhoubného nádoru. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení na území České republiky.
  - b) nezhoubný nádor mozku  
Nezhoubným nádorem mozku se rozumí přítomnost nezhoubného nitrolebního nádoru, který svým růstem poškozuje mozek. Pojistná ochrana se vztahuje pouze na případy, kdy byl pojištěnému na základě rozhodnutí neurologa či neurochirurga proveden neurochirurgický zákrok s cílem odstranit nezhoubný nádor, který svým růstem poškozuje mozek, nebo na případy, kdy přítomnost neoperabilního nezhoubného nádoru vede ke vzniku trvalého neurologického poškození. Pojistná ochrana se nevztahuje na cysty, cévní malformace, hematomy, nádory podvěšku mozkového a míchy.  
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o provedení neurochirurgického zákroku, nebo lékařské potvrzení o trvalém neurologickém poškození přímo souvisejícím s neoperabilním nezhoubným nádorem. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení na území České republiky.
  - c) zařazení na čekací listinu pro orgánovou transplantaci  
Zařazením na čekací listinu pro orgánovou transplantaci se rozumí lékařské potvrzení o zařazení pojištěného na čekací listinu pro transplantaci jednoho z těchto výhradně lidských orgánů či jejich částí: srdce, plic, jater, ledviny, slinivky břišní nebo krevetvorných buněk, při níž bude pojištěný příjemcem transplantátu. Na transplantaci ostatních orgánů či jejich částí se pojistná ochrana nevztahuje.  
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o zařazení pojištěného na čekací listinu pro transplantaci. Lékařské potvrzení musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení na území České republiky, které zařazení pojištěného na čekací listinu pro transplantaci provedlo.
  - d) chronické selhání ledvin  
Chronickým selháním ledvin se rozumí nezvratné selhání funkce obou ledvin či ledviny solitárně, vyžadující trvalé a pravidelné dialyzační léčení pojištěného hemodialýzou nebo peritoneální dialýzou.  
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o pravidelné dialyzační léčbě trvajícím alespoň tři po sobě následující kalendářní měsíce. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař specializovaného zdravotnického zařízení na území České republiky.

- e) operace aorty  
Operací aorty se rozumí operační výkon na aortě provedený v důsledku jejího roztržení, zúžení, aneurysmatu. Pro účel této definice se aortou rozumí hrudní a břišní aorta, nikoli její větve.  
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o provedení chirurgického zákroku a propouštěcí zpráva o hospitalizaci z důvodu této operace. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař zdravotnického zařízení na území České republiky.
- f) slepota  
Slepotou se rozumí trvalá a úplná ztráta zraku obou očí, při níž zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí podle tabulky Světové zdravotnické organizace poklesne na 3/60 nebo méně na každé oko.  
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je oftalmologické lékařské vyšetření vystavené odborným lékařem nejdříve po třech kalendářních měsících od stanovení diagnózy slepoty u pojištěného a potvrzující její trvalost. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí být vystaven na území České republiky.
- g) hluchota  
Hluchotou se rozumí úplná a klinicky ověřená nezvratná ztráta sluchového vjemu obou uší, způsobená akutním nebo chronickým onemocněním.  
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze hluchoty doložené audiometrickým vyšetřením s tympanometrií, a při jakémkoliv rozporu i vyšetřením kmenových evokovaných potenciálů (BERA). Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař otorinolaryngolog na území České republiky.
- h) paraplegie, tetraplegie, hemiplegie  
Paraplegií, tetraplegií a hemiplegií se rozumí úplné a trvalé ochrnutí obou dolních, obou horních nebo všech končetin nebo poloviny těla s úplným a trvalým přerušením vodivosti míchy pro vlákna zajišťující hybnost.  
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze paraplegie nebo tetraplegie nebo hemiplegie, nejdříve 6 měsíců od data stanovení diagnózy paraplegie, tetraplegie a hemiplegie. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.
- i) koma  
Komatem se rozumí stav hlubokého bezvědomí bez reakce na vnější či vnitřní podněty, který trvá nepřetržitě nejméně 96 hodin. Během této doby musí být uměle udržována některá ze základních životních funkcí. Následkem musí být prokazatelné trvalé poškození v klinickém neurologickém nálezů. Pojistná ochrana se nevztahuje na umělé koma (dlouhodobá narkóza) navozené medikamentózně pro léčebné účely.  
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze koma. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.
- j) poliomyelitida  
Poliomyelitidou se rozumí akutní infekce virem poliomyelitidy, která způsobí trvalé zdravotní postižení. Diagnóza musí být potvrzena neurologem a doložena průkazem infekce v séru a likvoru. Pojistná ochrana se nevztahuje na Guillain-Barré syndrom.  
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze poliomyelitida. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.
- k) meningitida, encefalitida  
Meningitidou či encefalitidou se rozumí zánět mozkové tkáně nebo mozkových blan vyvolaný virovou nebo bakteriální infekcí. Pojistná ochrana se vztahuje pouze na onemocnění, které způsobilo trvalé a nevratné neurologické poškození. Diagnóza musí být potvrzena neurologem na základě zobrazovacích diagnostických metod a průkazu infekčního agens.  
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze meningitidy či encefalitidy, nejdříve po třech kalendářních měsících po stanovení diagnózy meningitidy či encefalitidy. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař neurologického zdravotnického zařízení na území České republiky.
- l) virová hepatitida  
Virovou hepatitidou se rozumí zánět jaterní tkáně způsobený virem hepatitidy. Pojistná ochrana se vztahuje pouze na případy, kdy je pojištěný v době trvání pojištění pro případ vážné choroby infikován virem hepatitidy prokázaným metodou PCR a jaterní enzymy jsou zvýšené nejméně 4x nad fyziologickou hladinu. Zvýšená hladina jaterních enzymů musí být zjistitelná v krevním séru ještě alespoň šest měsíců po skončení léčby virového zánětu jater. Pojistná ochrana se nevztahuje na onemocnění způsobené virem hepatitidy typu A a onemocnění způsobené přenesením viru z matky na plod.  
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze virové hepatitidy nejdříve však po šesti kalendářních měsících po skončení léčby virového zánětu jater. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař zdravotnického zařízení na území České republiky.
- m) aplastická anemie  
Aplastickou anémii se rozumí porucha krvetvorné funkce kostní dřeně projevující se pancypopenií v periferní krvi potvrzená vyšetřením kostní dřeně. Pojistná ochrana se vztahuje pouze na případy, kdy byla aplastická anemie léčena aplikací imunosupresivních látek nebo transplantací kostní dřeně. Diagnóza musí být potvrzena odborným hematologem. Pojistná ochrana se nevztahuje na aplastickou anemii vzniklou následkem léčby antibiotiky, nesteroidními antirevmatiky, zlatem, radiačním zářením, chemoterapií apod., na všechny vrozené aplastické anémie a aplastickou anémii u dítěte, kterému bylo před počátkem pojištění pro případ vážné choroby diagnostikováno nádorové onemocnění.  
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze aplastické anémie. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit hematolog na území České republiky.
- n) diabetes mellitus I. typu  
Diabetem mellitem 1. typu se rozumí autoimunitní diabetes mellitus 1. typu s pozitivním nálezem příslušných autoprotilátek.  
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit vyplněný tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze diabetes mellitus 1. typu. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit diabetolog na území České republiky.
- o) syndrom krátkého střeva  
Syndromem krátkého střeva se rozumí onemocnění, které je léčeno podáváním umělé parenterální výživy po dobu alespoň jednoho roku.  
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení s popisem základního onemocnění, které bylo diagnostikováno za doby trvání pojištění pro případ vážné choroby. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař zdravotnického zařízení na území České republiky.
- p) operace srdeční chlopně  
Operací srdeční chlopně se rozumí operace provedená přes otevřený hrudník za účelem léčebného zákroku na srdeční chlopni doložená operačním protokolem z kardiochirurgického pracoviště.  
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je operační protokol z kardiochirurgického pracoviště. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit kardiolog zdravotnického zařízení na území České republiky.
- r) získané chronické srdeční onemocnění  
Získaným chronickým srdečním onemocněním se rozumí získané onemocnění srdce, které se projevuje funkčním postižením, které dosáhne minimálně stupně III. dle klasifikace NYHA a náležitá léčba onemocnění trvala alespoň 6 měsíců. Pojistná ochrana se nevztahuje na onemocnění vzniklá v důsledku defektu v srdečním septu a na případy, kdy byla u pojištěného diagnostikována revmatická horečka před počátkem pojištění pro případ vážné choroby.  
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze získané srdeční onemocnění. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný kardiolog zdravotnického zařízení na území České republiky.
- s) astma  
Astmatem se rozumí onemocnění, které jeví trvalé klinické příznaky těžkého nebo středně těžkého astmatu. Pojistná ochrana se vztahuje pouze na případy, kdy je potřeba trvalé léčby bronchodilatačními léky nebo inhalačními kortikoidy a kdy plicní funkční vyšetření vykazuje trvalou odchylku FEV1 ≤ 60%.  
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze astma. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit pneumolog zdravotnického zařízení na území České republiky.
- t) epilepsie  
Epilepsií se rozumí záchvatovitá přechodná porucha mozkové činnosti, která se projevuje poruchou vědomí. Pojistná ochrana se vztahuje pouze na případy, kdy se vyskytuje více než jeden záchvat grand mal za 30 dní po dobu 12 měsíců. Pojistná ochrana se nevztahuje na případy, kdy byla diagnóza epilepsie diagnostikována v souvislosti s příčinami a symptomy, jako například úrazem hlavy, zánětlivým onemocněním nebo infekcí mozku, chirurgickým zákrokem na mozku, nádorem mozku, které nastaly před počátkem pojištění pro případ vážné choroby a hypoxií během porodu pojištěného.  
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“, jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze epilepsie. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný neurolog zdravotnického zařízení na území České republiky.

- u) revmatická horečka  
Revmatickou horečkou se rozumí onemocnění s přetrvávajícími srdečními komplikacemi, které vede k trvalému chronickému srdečnímu selhání, jež dosahuje minimálně stupně III dle funkční klasifikace NYHA. Pojistná ochrana se nevztahuje na případy, kdy trpěl pojištěný před počátkem pojištění pro případ vážné choroby chlopenní vadou jakéhokoli původu.  
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit tiskopis "Potvrzení diagnózy – oznámení pojistné události", jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze revmatická horečka. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný kardiolog zdravotnického zařízení na území České republiky.
- v) tetanus  
Tetanem se rozumí akutní infekce způsobená bakterií Clostridium tetani.  
Pojištěný je povinen pojistiteli předložit tiskopis "Potvrzení diagnózy – oznámení pojistné události", jehož součástí je lékařské potvrzení o diagnóze tetanus. Tiskopis „Potvrzení diagnózy - oznámení pojistné události“ musí vystavit odborný lékař zdravotnického zařízení na území České republiky.
5. Kromě povinností uvedených v odst. 4 tohoto článku je pojištěný dále povinen:
- pisemně oznámit pojistiteli na příslušném tiskopisu vznik pojistné události, a to bez zbytečného odkladu,
  - pokud u něho byla během prvních tří kalendářních měsíců následujících po počátku pojištění pro případ vážné choroby stanovena diagnóza vážné choroby, tuto skutečnost písemně v této lhůtě a bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli,
  - dodržovat veškeré pokyny lékaře vztahující se k léčbě vážné choroby, k léčebnému režimu a vyloučit veškerá jednání, která mohou nepříznivě ovlivnit stav nebo vývoj vážné choroby,
  - vyžaduje-li to pojistitel, podrobí se na náklady pojistitele kontrolnímu vyšetření zdravotního stavu u lékaře, kterého pojistitel určí, a v jím určeném termínu,
  - dotat pojistiteli všechny doklady, lékařské zprávy a posudky, které si pojistitel při pojistné události i kdykoliv v době trvání pojištění vyžádá, a to bez zbytečného odkladu,
  - umožnit pojistiteli získávat a zpracovávat veškerou zdravotní dokumentaci o své osobě, popř. tuto zdravotní dokumentaci pro pojistitele na jeho vyžádání zajistit a zprostit mlčenlivosti všechny lékaře, kteří pojištěného léčili nebo vyšetřovali, a to i z jiných důvodů, než je pojistná událost, a zplnomocnit je k podání všech nutných informací pojistiteli,
  - zplnomocnit svou zdravotní pojišťovnu k poskytnutí všech informací, které si pojistitel vyžádá.
6. V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se pro pojištění pro případ vážné choroby ujednávají i následující výluky z pojištění:
- Pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ vážné choroby v případech, kdy k pojistné události došlo v přímé souvislosti s:
    - úmyslným jednáním pojištěného směřujícím k vyvolání vážné choroby, k jejímu zhoršení nebo sebepoškození,
    - zneužitím léků pojištěného nebo užíváním léků pojištěným bez lékařského doporučení nebo v rozporu s lékařským doporučením či vědomým nerespektováním rad a doporučení lékaře pojištěným.
  - Pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ vážné choroby v případech, kdy k pojistné události došlo v přímé souvislosti s:
    - působením ionizačního záření nebo účinků jaderné energie na pojištěného, s výjimkou případů, kdy je tomuto riziku vystaven lékař nebo zdravotnický personál při výkonu povolání nebo pojištěný v rámci léčebného procesu pod lékařským dohledem,
    - pracovní činností pojištěného, během níž přichází do kontaktu s azbestem,
    - infekcí virem HIV či onemocněním AIDS, s výjimkou případů přenosu infekce viru HIV v důsledku provedení krevní transfúze. Infekcí virem HIV v důsledku provedení krevní transfúze se rozumí prokázaná infekce HIV v důsledku příjmu krevní konzervy kontaminované virem HIV, podané pojištěnému během krevní transfúze provedené na území České republiky v době trvání pojištění pro případ vážné choroby. Zdravotnické zařízení, které kontaminovanou krevní konzervu podalo, musí písemně svou odpovědnost za přenos viru HIV na pojištěného potvrdit.
    - úrazem, který utrpěl při provozování bungee jumpingu, snowboardingu nebo lyžování mimo vyznačené tratě nebo mimo stanovenou dobu provozu na vyznačených tratích, letecké nebo lyžařské akrobacie, snowkitingu, landkitingu (apod.), snowraftingu, raftingu, canyoningu, cliffdivingu, potápění s dýchacím přístrojem, parašutismu, paraglidingu, base jumpingu, speleologie, horolezectví, vysokohorské turistiky (mimo turisticky značené cesty nebo s použitím horolezecké výzbroje), alpinismu, skialpinismu, létání v motorových i bezmotorových letadlech s výjimkou státem licencovaných dopravců, létání v lehkých a ultralehkých letounech, na rogalu, kluzáku, v balonu, vzducholodi a při provozování dalších obdobných extrémních a adrenalinových sportů a činností,
    - nemocí nebo úrazem, které pojištěný utrpěl při přípravě na sport nebo výkonu sportu, na nějž má uzavřenu profesionální smlouvu s výjimkou billiardu, bowlingu, curlingu, jógy, kulečnicku, kuželek, metané, pétanque, rybařských sportů, šachů, šipek moderních i klasických, turistiky a ZRTV,
    - požitím alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky,
    - úrazem, ke kterému došlo v souvislosti s požitím alkoholu nebo aplikací návykových látek nebo přípravků obsahujících návykové látky.
  - Pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ vážné choroby v případech, kdy vážná choroba vznikla v přímé souvislosti se zdravotními nálezy diagnostickými před počátkem pojištění pro případ vážné choroby nebo je jejich přímým důsledkem.
  - Pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ vážné choroby v případech, kdy k pojistné události došlo v přímé souvislosti s nedodržením státního očkovacího kalendáře.
  - Pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ vážné choroby v případech, kdy vážná choroba vznikla v důsledku narození pojištěného před 37. týdnem gravidity.
7. V souladu s ustanovením článku 10 odst. 2 VPP je pojistitel oprávněn přiměřeně snížit pojistné plnění z pojištění pro případ vážné choroby i v případech, mělo-li vědomé porušení povinností uvedených v odst. 4 a/nebo odst. 5 písm. c) až g) tohoto článku podstatný vliv na vznik pojistné události vážné choroby nebo na zvětšení rozsahu následků této pojistné události, nebo bylo-li znemožněno šetření nutné ke zjištění rozsahu povinností pojistitele plnit. Pojistitel sníží pojistné plnění podle toho, jaký vliv mělo toto porušení na rozsah jeho povinností plnit.
8. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 3 tohoto článku a pojistitel za ni neposkytl pojistné plnění v souladu s ustanoveními článku 9 odst. 1 VPP nebo v souladu s ustanovením odst. 6.1 tohoto článku, pojištění pro případ vážné choroby zaniká.
9. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 3 tohoto článku a pojistitel za ni neposkytl pojistné plnění v souladu s ustanovením odst. 6.2 až 6.5 tohoto článku, pojištění pro případ vážné choroby pokračuje beze změn.
10. Nastala-li u pojištěného pojistná událost dle odst. 3 tohoto článku a pojistitel za ni poskytl pojistné plnění v souladu s odst. 2 tohoto článku, pojištění pro případ vážné choroby zaniká.
11. Pojištění pro případ vážné choroby zaniká nejpozději ve výroční den počátku pojištění v roce, v němž se pojištěný dožije 25 let věku.

## Článek 5 Pojištění pro případ trvalých následků úrazu

- Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že je v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ trvalých následků úrazu dle článku 1 odst. 2 písm. b) těchto ZPP.
- Zanechá-li úraz, který vznikl v době trvání pojištění pro případ trvalých následků úrazu, pojištěnému dítěti (dále jen „pojištěný“) trvalé následky, vyplatí pojistitel pojištěnému z pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu tolik procent, kolika procentům odpovídá podle Oceňovací tabulky B rozsah trvalých následků po jejich ustálení, a v případě, že se neustálily do tří let ode dne úrazu, kolika procentům odpovídá jejich stav ke konci této lhůty. Podmínkou vzniku nároku na plnění je však skutečnost, že rozsah trvalých následků způsobených pojištěnému jedním úrazovým dějem dosáhl takové výše procentního ohodnocení podle Oceňovací tabulky B, která je v pojistné smlouvě k datu úrazu ujednána jako minimální pro vznik povinnosti pojistitele plnit (limit trvalých následků úrazu) a současně pojištěný na následky tohoto úrazu nezemřel do 6 měsíců ode dne úrazu.
- Nemůže-li pojistitel poskytnout pojistné plnění podle předchozího odstavce proto, že trvalé následky úrazu nejsou po uplynutí 6 měsíců ode dne úrazu ještě ustáleny, je povinen poskytnout pojištěnému na jeho požádání přiměřenou zálohu pouze tehdy, prokáže-li pojištěný pojistiteli lékařskou zprávou, že alespoň část trvalých následků úrazu odpovídající minimálnímu rozsahu stanovenému v pojistné smlouvě k datu úrazu pro vznik povinnosti pojistitele plnit má již trvalý charakter.
- Týká-li se trvalé následky úrazu části těla nebo orgánu, jejichž funkce byly sníženy již před úrazem, stanoví se jejich procentní ohodnocení podle Oceňovací tabulky B tak, že celkové procento se sníží o počet procent odpovídající předchozímu poškození, určenému rovněž podle Oceňovací tabulky B.
- Výši pojistného plnění za trvalé následky úrazu určuje pojistitel na základě zprávy o výsledku zdravotní prohlídky pojištěného u lékaře určeného pojistitelem. Opírá se přitom o stanovisko lékaře, který pro něj vykonává odbornou poradní činnost.
- Zdravotní prohlídku ke zjištění rozsahu trvalých následků úrazu u lékaře určeného pojistitelem zabezpečí pojistitel na svůj náklad v případě, kdy podle zprávy lékaře, který pojištěného ošetřoval, doplněné podle potřeby výpisem ze zdravotních záznamů o pojištěném, které si pojistitel vyžádá nebo které mu pojištěný v souladu s ustanovením článku 13 odst. 7 VPP zajistí od jiných lékařů nebo zdravotnických zařízení, vyplývá, že rozsah trvalých následků úrazu může k termínu tří let od data úrazu dosáhnout minimálně limitu trvalých následků úrazu sjednaného v pojistné smlouvě k datu úrazu.
- V případech, u nichž není možno určit rozsah trvalých následků úrazu v souladu s ustanoveními odst. 5 a 6 tohoto článku, určí pojistitel výši pojistného plnění podle zdravotní dokumentace pojištěného. Opírá se přitom o stanovisko lékaře, který pro něj vykonává odbornou poradní činnost.
- Pokud pojištěný vyžaduje doplňující kontrolní vyšetření, je povinen nést náklady s ním spojené. Pojistitel si vyhrazuje právo určit lékaře, resp. zdravotnické zařízení, u něhož bude vyšetření provedeno. V opačném případě není pojistitel povinen výsledky kontrolního vyšetření akceptovat.
- Pojistné plnění za trvalé následky úrazu se určuje podle Oceňovací tabulky B, a to ve výši tolika procent pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu, kolik procent tato tabulka uvádí pro jednotlivá tělesná poškození. Stanoví-li Oceňovací tabulka B procentní rozpětí, určí pojistitel výši plnění tak, aby v rámci daného rozpětí odpovídalo plnění povaze a rozsahu tělesného poškození, které bylo pojištěnému úrazem způsobeno.

10. Není-li jakékoliv tělesné poškození obsaženo v Oceňovací tabulce B, je pojistitel oprávněn určit vyšší pojistného plnění sám nebo v součinnosti s lékařem, kterého určí. Ke stanovení výše pojistného plnění použije analogicky hodnoty uvedené v Oceňovací tabulce B u tělesných poškození, která jsou předmětnému tělesnému poškození svou povahou nejbližší.
11. Způsobil-li jediný úraz pojištěnému několik trvalých následků různého druhu, hodnotí se celkové trvalé následky úrazu součtem procent pro jednotlivé následky. Týká-li se však jednotlivé následky téhož údu, orgánu nebo jejich částí, hodnotí se jako celek, a to nejvýše procentem stanoveným v Oceňovací tabulce B pro anatomickou nebo funkční ztrátu příslušného údu, orgánu nebo jejich částí.
12. Pojistitel je povinen vyplatit za trvalé následky úrazu způsobené jedním úrazovým dějem nejvýše 100 % pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu, resp. jejího násobku v souladu s odst. 14 tohoto článku, a to i v případě, kdy součet procent pro jednotlivé trvalé následky stanovený dle odst. 11 tohoto článku hranici 100 % překročí.
13. Pojistitel poskytuje pojistné plnění v souladu s ustanoveními tohoto článku za trvalé následky úrazu pouze v tom případě, že jejich rozsah podle Oceňovací tabulky B dosáhne po jejich ustálení minimálně 1 % trvalého poškození těla.
14. Pojistitel bude plnit za trvalé následky úrazu, které dosáhnou procenta poškození těla od dohodnutého limitu trvalých následků úrazu do 25 % včetně, dané procento z jednonásobku pojistné částky pro případ trvalých následků úrazu sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu, při procentu trvalých následků úrazu nad 25 % do 50 % včetně z dvojnásobku, při procentu trvalých následků úrazu nad 50 % do 75 % včetně z trojnásobku a při procentu trvalých následků úrazu nad 75 % do 100 % včetně ze čtyřnásobku pojistné částky pro trvalé následky úrazu sjednané v pojistné smlouvě k datu úrazu. Výše uvedené zásady plnění za trvalé následky úrazu se sjednáním progresivního plnění nemění.
15. V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se ujednává, že pojistitel neposkytne z pojištění pro případ trvalých následků úrazu pojistné plnění i v těchto případech:
  - a) nastala-li pojistná událost při provozování bungee jumpingu, snowboardingu nebo lyžování mimo vyznačené tratě nebo mimo stanovenou dobu provozu na vyznačených tratích, při letecké nebo lyžařské akrobacii, snowkitingu, landkitingu (apod.), při snowraftingu, raftingu, canyoningu, cliffdivingu, potápění s dýchacím přístrojem, parašutismu, paraglidingu, base jumpingu, speleologii, horolezecké turistice, vysokohorské turistice (mimo turisticky značené cesty nebo s použitím horolezecké výzbroje), alpinismu a skialpinismu, létání v motorových i bezmotorových letadlech s výjimkou státem licencovaných dopravců, létání v lehkých a ultralehkých letounech, na rogalu, kluzáku, v balónu, vzducholodi a při provozování dalších obdobných extrémních a adrenalinových sportů a činností pojištěným,
  - b) došlo-li ke zhoršení následků pojistné události z důvodu vědomého nevyhledání zdravotní péče pojištěným nebo vědomého nerespektování rad a doporučení lékaře,
  - c) byla-li pojistná událost způsobena mikrobiálními jedy nebo imunotoxickými látkami,
  - d) byl-li důsledkem pojistné události vznik nebo zhoršení kýl (hernií), bércových vředů, diabetických gangrén, nádorů všeho druhu a původu, vznik a zhoršení aseptických zánětů pochev šlachových, úponů svalových, tíhových váčků a epikondylitidy,
  - e) za infekční nemoci, i když byly přeneseny zraněním,
  - f) byla-li pojistná událost způsobena přímo nebo nepřímo syndromem získaného selhání imunity (AIDS),
  - g) za následky diagnostických, léčebných a preventivních zákroků, které nebyly provedeny za účelem léčení následků pojistné události,
  - h) bylo-li důsledkem pojistné události zhoršení již existující nemoci nebo nastala-li pojistná událost v důsledku nemoci,
  - i) za infarkt myokardu, cévní mozkovou příhodu a epilepsii a za následky pojistné události, ke které v jejich důsledku došlo,
  - j) byly-li důsledkem pojistné události ploténkové a algické páteřní syndromy a výhřezy plotének neúrazovým dějem a mikrotraumatem,
  - k) byla-li důsledkem pojistné události zlomenina v důsledku vrozené lomivosti kostí nebo metabolických poruch nebo patologická nebo únava zlomenina, jakož i vymknutí a vykloubení v důsledku vrozených vad a poruch,
  - l) nastala-li pojistná událost v důsledku nepřiměřené tělesné námahy pojištěného.
16. V souladu s ustanovením článku 11 odst. 11 VPP se pro pojištění pro případ trvalých následků úrazu ujednává i následující práva a povinnosti účastníků pojištění uvedené v odst. 17 tohoto článku.
17. Povinností pojištěného je bez zbytečného odkladu vyhledat po úrazu lékařské ošetření, léčit se podle pokynů lékaře a vyžaduje-li to pojistitel, dát se na jeho náklad vyšetřit lékařem, kterého pojistitel určí.
18. Pojištění pro případ trvalých následků úrazu zaniká nejpozději ve výroční den počátku pojištění v roce, v němž se pojištěný dožije 25 let věku.

#### Článek 6 Pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu

1. Ustanovení tohoto článku platí pouze v případě, že je v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu dle článku 1 odst. 2 písm. c) těchto ZPP.
2. Z pojištění vznikne pojištěnému dítěti (dále jen „pojištěný“) právo na pojistné plnění – denní dávku tehdy, pokud je v době trvání pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu přijat k hospitalizaci pod soustavným odborným dohledem kvalifikovaných lékařů na akutním lůžku lůžkového oddělení zdravotnického zařízení z důvodu, který je z lékařského hlediska nezbytný s ohledem na jeho nemoc, úraz, vzniklý nejdříve v den počátku pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu, těhotenství nebo porod, a jeho hospitalizace trvala alespoň 24 hodin, resp. zahrnovala alespoň 1 noc.
3. Den přijetí pojištěného na akutní lůžko musí nastat nejdříve po uplynutí čekací doby. Toto ustanovení neplatí pro hospitalizaci pojištěného výlučně z důvodu úrazu, vzniklého nejdříve v den počátku pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu.
4. Čekací doba se stanovuje na první 3 kalendářní měsíce od počátku pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu. Zvláštní čekací doba v délce prvních 8 kalendářních měsíců od počátku pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu se stanovuje pro hospitalizaci pojištěného z důvodu porodu nebo šestinedělí a z důvodu stomatologického ošetření, zhotovení zubních náhrad, stomatochirurgie a čelistní ortopedie.
5. Pro každou změnu pojištění, kterou došlo ke zvýšení denní dávky, se ujednává, že pojistitel je povinen poskytnout pojistné plnění z nové výše denní dávky až po uplynutí 3 kalendářních měsíců od data účinnosti změny, v případě hospitalizace pojištěného z důvodu těhotenství, umělého přerušení těhotenství, porodu, šestinedělí, stomatologického ošetření, zhotovení zubních náhrad, stomatochirurgie a čelistní ortopedie až po uplynutí 8 kalendářních měsíců od data účinnosti změny. Do uplynutí těchto lhůt se pojistné plnění stanovuje tak, jakoby ke zvýšení denní dávky nedošlo. Toto ustanovení neplatí pro hospitalizaci pojištěného výlučně z důvodu úrazu, vzniklého nejdříve v den počátku pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu.
6. Není-li v tomto článku uvedeno jinak, denní dávka ve výši sjednané v pojistné smlouvě k datu počátku hospitalizace, resp. v případě hospitalizace výlučně z důvodu úrazu, vzniklého nejdříve v den počátku pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu, k datu úrazu, náleží za každý den hospitalizace pojištěného počínaje dnem jeho přijetí na akutní lůžko a konče dnem ukončení jeho hospitalizace na akutním lůžku, vyjma dnů, po které byla hospitalizace pojištěného přerušena z důvodu propustky.
7. Denní dávka ve výši dvojnásobku částky sjednané v pojistné smlouvě náleží za každý i započatý den hospitalizace pojištěného na oddělení anesteziologicko-resuscitačním nebo oddělení intenzivní péče.
8. Denní dávka ve výši dvojnásobku částky sjednané v pojistné smlouvě náleží za každý den hospitalizace pojištěného počínaje dnem jeho přijetí na akutní lůžko a konče dnem ukončení jeho hospitalizace na akutním lůžku, pokud během ní byla pojištěnému provedena neodkladná operace. Jestliže během hospitalizace dojde k více neodkladným operacím, považují se pro účely pojištění za jedinou.
9. Pokud během hospitalizace nastanou okolnosti uvedené v odst. 7 a 8 tohoto článku současně, ustanovení odst. 7 tohoto článku se nepoužije.
10. Pro účely stanovení počtu dní hospitalizace se její první den (den přijetí k hospitalizaci) a její poslední den (den ukončení hospitalizace) považují za jeden den hospitalizace.
11. Překlad pojištěného mezi odděleními nebo odbornostmi během hospitalizace, ať v rámci jednoho či několika zdravotnických zařízení, není považován za její ukončení ani zahájení.
12. Výše pojistného plnění se stanoví vynásobením počtu dní hospitalizace částkou denní dávky. Počet dní a výše denní dávky se určí podle zásad uvedených v tomto článku.
13. Pojistitel poskytne pojistné plnění z pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu nejvýše za:
  - a) 14 kalendářních dní hospitalizace pojištěného v souvislosti s jedním těhotenstvím nebo umělým přerušením těhotenství,
  - b) 7 kalendářních dní hospitalizace pojištěného v souvislosti s jedním porodem.
14. Pokud nastanou okolnosti uvedené v odst. 13 tohoto článku do 1 roku od počátku pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu, poskytne pojistitel pojistné plnění ve výši jedné poloviny.
15. Maximální počet dní, za které pojistitel poskytne pojistné plnění, je 365 dní za jednu pojistnou událost.
16. V souladu s ustanovením článku 9 odst. 2 VPP se ujednává, že pojistitel neposkytne pojistné plnění z pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu i v těchto případech hospitalizace pojištěného z důvodu:
  - a) psychiatrické diagnózy,
  - b) sterilizace nebo umělého přerušení těhotenství pro jiný než zdravotní důvod,
  - c) provedení zákroku plastické chirurgie (včetně kosmetického zásahu) pro jiný než zdravotní důvod,
  - d) infekčního onemocnění nebo s ním souvisejícího doprovodného onemocnění způsobeného nesplněním povinnosti pojištěného podrobit se v souladu s platnými právními předpisy v určených termínech stanovenému druhu pravidelného očkování. Toto ustanovení neplatí pro případ, kdy k neprovedení očkování pojištěného došlo ze zákonom vymezených důvodů.
  - e) nemoci přenášené pohlavním stykem nebo s ní související doprovodné nemoci. Toto ustanovení neplatí pro případ přenosu infekce viru HIV v důsledku provedení krevní transfúze. Infekcí virem HIV v důsledku provedení krevní transfúze se rozumí prokázaná infekce HIV v důsledku příjmu krevní konzervy

kontaminované virem HIV, podané pojištěnému během krevní transfúze provedené na území České republiky v době trvání pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu. Zdravotnické zařízení, které kontaminovanou krevní konzervu podalo, musí písemně svou odpovědnost za přenos viru HIV na pojištěného potvrdit.

- f) nemoci z povolání,
  - g) hospitalizace pojištěného z důvodu, pro který byl během 2 let předcházejících počátku pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu již hospitalizován či ambulantně léčen. Toto ustanovení platí po dobu prvních 2 let od počátku pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu a nepatří pro hospitalizaci z důvodu těhotenství, umělého přerušení těhotenství, porodu, šestinedělí a pro hospitalizaci výlučně z důvodu úrazu, vzniklého nejdříve v den počátku pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu.
  - h) hospitalizace pojištěného z jiného než léčebného, nebo diagnostického a léčebného, důvodu (např. ochranná či povinná léčba, sociální hospitalizace),
  - i) hospitalizace pojištěného z důvodu léčebné rehabilitace,
  - j) hospitalizace pojištěného pro úraz následkem nepřiměřené tělesné námahy,
  - k) hospitalizace pojištěného na vojenské posádkové ošetrovně, ve vězeňské nemocnici nebo vězeňské ošetrovně,
  - l) hospitalizace pojištěného mimo území členského státu Evropské unie,
  - m) sebepoškození nebo úmyslné jednání pojištěného, včetně zneužití léků pojištěným nebo užívání léků pojištěným v rozporu s lékařským doporučením či vědomého nerespektování rad a doporučení lékaře, směřující k přijetí k hospitalizaci nebo k jejímu prodloužení,
  - n) hospitalizace pojištěného z důvodu nemoci nebo úrazu, které utrpěl při provozování bungee jumpingu, snowboardingu nebo lyžování mimo vyznačené tratě nebo mimo stanovenou dobu provozu na vyznačených tratích, letecké nebo lyžařské akrobacie, snowkitingu, landkitingu (apod.), snowraftingu, raftingu, canyoningu, cliffdivingu, potápění s dýchacím přístrojem, parašutismu, paraglidingu, base jumping, speleologii, horolezectví, vysokohorské turistiky (mimo turisticky značené cesty nebo s použitím horolezecké výzbroje), alpinismu, skialpinismu, létání v motorových i bezmotorových letadlech s výjimkou státem licencovaných dopravců, létání v lehkých a ultralehkých letounech, na rogalu, kluzáku, v balónu, vzducholodi a při provozování dalších obdobných extrémních a adrenalinových sportů a činností,
  - o) hospitalizace pojištěného z důvodu nemoci nebo úrazu, které pojištěný utrpěl při přípravě na sport nebo výkonu sportu, na nějž má uzavřenu profesionální smlouvu s výjimkou billiardu, bowlingu, curlingu, jógy, kulečnicku, kuželek, metané, pétanque, rybářských sportů, šachů, šipek moderních i klasických, turistiky a ZRTV,
  - p) hospitalizace pojištěného z důvodu nemoci nebo úrazu, které utrpěl při výkonu některého z níže uvedených povolání, resp. činností - artista, dělník v těžkém průmyslu, elektromechanik silnoproudých vedení, hasič (i dobrovolný), hrobník, kaskadér, krotitel zvířete, lesní dělník, lešenář, malíř nebo natěrač nebo obkladač nebo čistíč pracující ve výškách, námořník, nekvalifikované dělnické profese požádat pojištěného, popř. tuto zdravotní dokumentaci pro pojištěného na jeho vyžádání zajistit a zprostit mlčenlivosti všechny lékaře, kteří pojištěného léčili nebo vyšetřovali, a to i z jiných důvodů, než je pojistná událost, a zplnomocnit je k podání všech nutných informací pojištěnému,
  - q) hospitalizace pojištěného, během které svévolně nebo na revers opustil zdravotnické zařízení, a všechny jeho následující hospitalizace pro stejnou příčinu nebo její komplikaci.
17. V souladu s ustanovením článku 11 odst. 11 VPP se pro pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu ujednávají i práva a povinnosti účastníků pojištění uvedené v odst. 18 a 19 tohoto článku.
18. Pojištěný je povinen:
- a) bez zbytečného odkladu po ukončení hospitalizace předložit pojistiteli vyplněný tiskopis „Oznámení pojistné události – Hospitalizace pojištěného“ a závěrečnou lékařskou propouštěcí zprávu o průběhu léčby (hospitalizace),
  - b) dodržovat veškeré pokyny lékaře vztahující se k léčbě příčiny, pro kterou byl hospitalizován, dodržovat léčebný režim a vyloučit veškerá jednání, která mohou nepříznivě ovlivnit jeho zdravotní stav, průběh či délku hospitalizace,
  - c) vyžaduje-li to pojištěný, podrobit se na náklady pojištěného kontrolnímu vyšetření zdravotního stavu u lékaře, kterého pojištěný určí, a v jím určeném termínu,
  - d) umožnit pojistiteli získávat a zpracovávat veškerou zdravotní dokumentaci o své osobě, popř. tuto zdravotní dokumentaci pro pojištěného na jeho vyžádání zajistit a zprostit mlčenlivosti všechny lékaře, kteří pojištěného léčili nebo vyšetřovali, a to i z jiných důvodů, než je pojistná událost, a zplnomocnit je k podání všech nutných informací pojištěnému,
  - e) zplnomocnit svou zdravotní pojišťovnu k poskytnutí všech informací, které si pojištěný vyžádá.
19. V případě hospitalizace trvající déle než 1 měsíc je pojištěný oprávněn písemně požádat pojištěného o poskytnutí zálohy na pojistné plnění. K žádosti musí doložit tiskopis uvedený v odst. 18 písm. a) tohoto článku a lékařskou zprávu o dosavadním průběhu hospitalizace. Po ukončení hospitalizace je pojištěný povinen splnit povinnost uvedenou v odst. 18 písm. a) tohoto článku.
20. Pojištění pro případ hospitalizace následkem nemoci nebo úrazu zaniká nejpозději ve výroční den počátku pojištění v roce, v němž se pojištěný dožije 25 let věku.

## POJISTNÉ A POPLATKY

### Článek 7 Běžné pojistné

1. Běžné pojistné se platí za dohodnutá pojistná období (měsíční, čtvrtletní, pololetní nebo roční) dle četnosti placení sjednané v pojistné smlouvě. První pojistné období začíná v den počátku pojištění. Běžné pojistné je splatné prvního dne pojistného období.
2. Běžné pojistné je součtem pojistného za základní pojištění a za vedlejší pojištění. Běžné pojistné za základní pojištění je snižováno o částky a o poplatky dle článku 9 odst. 1 těchto ZPP a zbyvajících část je alokována na podíly jednotlivých programů investování. Běžné pojistné za jednotlivá vedlejší pojištění je celé spotřebováno na úhradu příslušného rizika a nepodílí se na tvorbě hodnoty pojištění.
3. Zvýšení nebo snížení běžného pojistného může být provedeno v souladu s odst. 6 tohoto článku a/nebo článkem 10 těchto ZPP.
4. Pro platby běžného pojistného určí pojištěný pojištěnému variabilní symbol, který mu bude sdělen v pojistce. Číslo účtu pojištěného pro placení běžného pojistného je uvedeno v pojistné smlouvě.
5. Pojištěný nenese odpovědnost za důsledky nepřiznání platby běžného pojistného na pojistnou smlouvu v důsledku chybného uvedení variabilního symbolu nebo čísla účtu pojištěného.
6. Zaniklo-li některé z vedlejších pojištění sjednaných v pojistné smlouvě pojistnou událostí, snižuje se běžné pojistné o částku pojistného za dané vedlejší pojištění, a to od pojistného období následujícího po datu vzniku pojistné události.
7. Pojištěný neumožňuje platit běžné pojistné, resp. jeho část, za pojištěného jeho zaměstnavatelem ve smyslu předpisů o dani z příjmů. Bylo-li pojistné zaměstnavatelem za pojištěného přesto zapláceno, pojištěný není povinen považovat je za pojistné zaplácené zaměstnavatelem s důsledky ve smyslu předpisů o dani z příjmů a nenese odpovědnost za případné následky z toho plynoucí.

### Článek 8 Mimořádné pojistné

1. Mimořádné pojistné je pojistné, které pojištěný umožňuje pojištěnému platit mimo úhrady běžného pojistného. Pojištěný je v době trvání pojištění oprávněn písemně požádat na příslušném tiskopisu pojištěného o zaplacení mimořádného pojistného, pokud je běžné pojistné řádně placeno. Mimořádné pojistné musí být zapláceno ve formě stanovené pojištěným a nesmí být nižší než minimální limit stanovený pojištěným v sazebníku. Pojištěný je oprávněn stanovit v sazebníku i maximální limit celkového mimořádného pojistného.
2. Pojištěný nenese odpovědnost za důsledky nepřiznání mimořádného pojistného na pojistnou smlouvu, nesplňuje-li mimořádné pojistné podmínky dané limity pojištěného.
3. Pro platby mimořádného pojistného jsou variabilní symbol a číslo účtu pojištěného uvedeny v žádosti o zaplacení mimořádného pojistného.
4. Pojištěný rovněž nenese odpovědnost za důsledky nepřiznání platby mimořádného pojistného na pojistnou smlouvu v důsledku chybného uvedení variabilního symbolu nebo čísla účtu pojištěného.
5. Mimořádné pojistné je sníženo o poplatky dle článku 9 odst. 3 těchto ZPP.
6. Nepřijme-li pojištěný žádost pojištěného o zaplacení mimořádného pojistného, oznámí toto pojištěnému písemně do 15 dnů od data doručení žádosti. Pojištěný je povinen písemně sdělit pojištěnému, jakým způsobem a kam má odmítnuté mimořádné pojistné, bylo-li již zapláceno, vrátit. Pojištěný je povinen odmítnuté mimořádné pojistné vrátit pojištěnému bez zbytečného odkladu poté, co je mu pojištěným způsob jeho vrácení písemně sdělen.
7. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na povinnost pojištěného platit běžné pojistné.
8. Zaplacení mimořádného pojistného nemá vliv na vyšší pojistných částek.
9. Pojištěný neumožňuje platit mimořádné pojistné za pojištěného jeho zaměstnavatelem ve smyslu předpisů o dani z příjmů. Bylo-li pojistné zaměstnavatelem za pojištěného přesto zapláceno, pojištěný není povinen považovat je za pojistné zaplácené zaměstnavatelem s důsledky ve smyslu předpisů o dani z příjmů a nenese odpovědnost za případné následky z toho plynoucí.

## Článek 9 Poplatky, rozdělování (alokace) pojistného

1. Běžné pojistné za základní pojištění je sníženo o částku určenou na úhradu nákladů pojistitele spojených se správou pojištění a úhradu rizika Lymeské boreliózy, které je součástí základního pojištění (dále jen „fixní část pojistného“). Hodnota fixní části pojistného je uvedena v sazebníku. Po odečtení fixní části pojistného je pojistné za základní pojištění dále sníženo o alokační poplatek dle aktuální procentní hodnoty tohoto poplatku uvedené sazebníku. Zbývající část tohoto pojistného je převedena na podíly jednotlivých programů investování, a to v poměru sjednaném v pojistné smlouvě.
2. Rozdělování běžného pojistného za základní pojištění včetně převodu jeho části na podíly jednotlivých programů investování dle odst. 1 tohoto článku je provedeno nejdříve k počátku pojištění a dále pak vždy bezprostředně po přiřazení celé platby běžného pojistného na pojistnou smlouvu, nejdříve však k datu počátku pojistného období, za které nebylo běžné pojistné dosud uhrazeno.
3. Mimořádné pojistné je sníženo o alokační poplatek dle aktuální procentní hodnoty tohoto poplatku platné v době zaplacení mimořádného pojistného a uvedené v sazebníku. Zbývající část mimořádného pojistného po odpočtu alokačního poplatku je převedena na podíly jednotlivých programů investování, a to v poměru specifikovaném pojistníkem v žádosti o zaplacení mimořádného pojistného a v souladu s předpisy pojistitele platnými v době uhrazení mimořádného pojistného.
4. Mimořádné pojistné je převedeno na podíly jednotlivých programů investování v okamžiku jeho přiřazení na pojistnou smlouvu, nejdříve však k počátku pojištění.
5. Běžné pojistné za základní pojištění i mimořádné pojistné je převáděno na podíly jednotlivých programů investování na základě ceny podílů těchto programů investování platné v okamžiku převodu dle výše uvedeného.
6. Pojistitel je oprávněn stanovit v sazebníku poplatek na úhradu nákladů pojistitele spojených se správou programů investování tj. poplatek za správu aktiv, který je pojistitel oprávněn odečíst z příslušné hodnoty pojištění. Pojistitel určí počet podílů, potřebných k pokrytí tohoto poplatku, na základě jejich cen platných ke dni realizace odečtu tohoto poplatku v interním systému pojistitele.
7. Pojistitel je oprávněn odečíst z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění částku odpovídající poplatkům na administrativní náklady pojistitele spojené se změnami pojištění a úkony, které byly provedeny na základě písemného návrhu nebo žádosti pojistníka. Výše těchto poplatků jsou stanoveny v sazebníku.
8. Pojistitel určí počet podílů, potřebných k pokrytí částek dle odst. 7 tohoto článku, na základě jejich cen platných ke dni realizace příslušného úkonu v interním systému pojistitele. Jsou-li podíly připsané na podílovém účtu umístěny ve více než v jednom programu investování, odečtou se podíly jednotlivých programů investování ve stejném poměru jako je poměr hodnot podílů těchto programů investování připsaných na podílovém účtu a vytvořených na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění.

## ZMĚNY POJIŠTĚNÍ

### Článek 10 Změny pojištění na žádost pojistníka

1. Pojistník je v době trvání pojištění oprávněn písemně požádat o:
  - a) sjednání nebo zrušení vedlejších pojištění, a to v rámci podmínek stanovených pojistitelem,
  - b) snížení nebo zvýšení pojistných částek vedlejších pojištění, a to v rámci limitů stanovených pojistitelem,
  - c) snížení nebo zvýšení pojistného za základní pojištění, a to v rámci limitů stanovených pojistitelem.Změny dle písm. a) – c) tohoto odst. jsou vždy spojeny se změnou výše běžného pojistného, která musí být rovněž součástí žádosti pojistníka o změnu pojištění. Žádost pojistníka o změnu pojištění musí být předložena na příslušném tiskopisu pojistitele. Pojistitel je oprávněn stanovit v sazebníku lhůtu od počátku pojištění, po jejímž uplynutí může být žádost o změnu pojištění pojistníkem pojistiteli nejdříve předložena.
2. Pojistitel je oprávněn odmítnout přijetí žádosti pojistníka o změnu pojištění řádným uhrazením běžného pojistného a prokázáním vyhovujícího zdravotního stavu pojištěného. Pokud pojištění bylo převedeno na pojištění s přerušením placení pojistného podle článku 11 těchto ZPP, žádost nelze přijmout.
3. Lhůta pro přijetí žádosti pojistníka o změnu pojištění se stanovuje na 2 měsíce od data jejího doručení pojistiteli. Akceptuje-li pojistitel žádost pojistníka o změnu pojištění, zašle pojistníkovi písemné potvrzení o přijetí změny. Ujednává se, že byla-li žádost o změnu pojištění pojistitelem přijata, je změna účinná od prvního dne pojistného období následujícího po pojistném období, v němž pojistitel žádost pojistníka o změnu pojištění přijal. Nepřijme-li pojistitel žádost pojistníka o změnu pojištění ve výše dohodnuté lhůtě, pozbývá tato platnosti.
4. Žádosti o jiné než výše uvedené změny pojištění mohou být pojistníkem pojistiteli předloženy pouze tehdy, pokud je pojistitel umožní vydáním tiskopisu žádosti o příslušnou změnu. Analogicky pro ně platí ustanovení odst. 2 a 3 tohoto článku.

### Článek 11 Přerušení placení pojistného, tzv. platební prázdniny

1. Počínaje druhým pojistným rokem je pojistník oprávněn kdykoliv v době trvání pojištění písemně požádat pojistitele o dočasné přerušení placení běžného pojistného, tzv. platební prázdniny (dále jen „dočasné přerušení placení pojistného“), a to za předpokladu, že běžné pojistné za první pojistný rok bylo plně uhrazeno a k datu zpracování žádosti pojistitelem dosahuje hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění po započtení případného dlužného pojistného minimálně výše stanovené pojistitelem v sazebníku. Žádost pojistníka o dočasné přerušení placení pojistného musí být předložena na příslušném tiskopisu pojistitele.
2. Dočasné přerušení placení pojistného může být provedeno maximálně na dobu a s frekvencí stanovenými pojistitelem v sazebníku. Období mezi dvěma přerušeními, tj. mezi ukončením předchozího a počátkem následujícího přerušení placení pojistného, musí být minimálně 12 měsíců a běžné pojistné za tuto dobu musí být plně uhrazeno.
3. Akceptuje-li pojistitel žádost pojistníka o dočasné přerušení placení pojistného, zašle pojistníkovi písemné potvrzení o přijetí této změny. Ujednává se, že byla-li žádost o dočasné přerušení placení pojistného pojistitelem přijata, nastane přerušení placení pojistného od prvního dne následujícího pojistného období, byla-li žádost doručena pojistiteli alespoň 15 dnů před tímto datem, nebo od prvního dne dalšího následujícího pojistného období, byla-li žádost doručena později. Nepřijme-li pojistitel žádost pojistníka o dočasné přerušení placení pojistného do data, od něhož by přerušení bylo dle výše uvedeného účinné, pozbývá tato platnosti.
4. Vedlejší pojištění sjednaná v pojistné smlouvě zanikají dnem předcházejícím datu, kdy nastane dočasné přerušení placení pojistného a po ukončení dočasného přerušení placení pojistného se automaticky neobnovují. Základní pojištění pokračuje beze změny.
5. Za dočasné přerušení placení pojistného je pojistitel oprávněn účtovat poplatek na pokrytí nákladů spojených s tímto úkonem, jehož výše je stanovena v sazebníku.
6. Během dočasného přerušení placení pojistného není dotčeno právo pojistníka zaplatit mimořádné pojistné dle článku 8 těchto ZPP.
7. Poklesne-li během dočasného přerušení placení pojistného hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění na nebo pod hodnotu storno poplatku uvedeného v sazebníku, zanikne pojištění v souladu s článkem 15 odst. 6 těchto ZPP.
8. Od data doručení žádosti o dočasné přerušení placení pojistného pojistiteli do konce trvání platebních prázdnin nejsou povoleny výplaty z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění.

### Článek 12 Převod podílů programů investování

1. Pojistník je oprávněn kdykoliv v době trvání pojištění písemně požádat o převod podílů připsaných na podílovém účtu mezi jednotlivými programy investování pro běžné pojistné nebo o převod podílů připsaných na podílovém účtu mezi jednotlivými programy investování pro mimořádné pojistné. Žádost pojistníka o převod podílů programů investování musí být předložena na příslušném tiskopisu pojistitele.
2. Akceptuje-li pojistitel žádost pojistníka o převod podílů mezi jednotlivými programy investování, zašle pojistníkovi písemné potvrzení o provedení této změny. Lhůta pro přijetí žádosti pojistníka o převod podílů se stanovuje na 2 měsíce od data jejího doručení pojistiteli. Nepřijme-li pojistitel žádost pojistníka o převod podílů ve výše dohodnuté lhůtě, pozbývá tato platnosti.
3. Při provádění převodu podílů mezi jednotlivými programy investování pojistitel nejprve odebere podíly zvolených programů investování (dále jen „odkup jednotek“) a teprve po jejich odebrání je nahradí podíly jiných zvolených programů investování (dále jen „nákup jednotek“), a to tak, aby hodnota nových podílů v okamžiku nákupu odpovídala hodnotě odebraných podílů.
4. Podíly se převádějí mezi jednotlivými programy investování podle cen podílů daných programů investování platných k datu realizace příslušného úkonu (nákupu nebo odkupu podílů) v interním systému pojistitele, a to v souladu s odst. 3 tohoto článku a odst. 4 článku 17 těchto ZPP.
5. Pojistitel je oprávněn stanovit v sazebníku minimální počet nebo minimální hodnotu převáděných podílů. Pojistitel je dále oprávněn stanovit v sazebníku minimální počet nebo minimální hodnotu podílů, která musí být ponechána v hodnotě daného programu investování.

### Článek 13 Změna alokace běžného pojistného za základní pojištění

1. Pojistník je oprávněn kdykoliv v době trvání pojištění písemně požádat o změnu programu investování, do kterého se alokuje běžné pojistné za základní pojištění, či o změnu poměru, ve kterém se běžné pojistné za základní pojištění alokuje do jednotlivých programů investování. Pojistitel je oprávněn odmítnout přijetí žádosti

řádným uhrazením běžného pojistného. Žádost pojistníka o změnu alokace běžného pojistného za základní pojištění musí být předložena na příslušném tiskopisu pojistitele.

2. Akceptuje-li pojistitel žádost pojistníka o změnu alokace běžného pojistného za základní pojištění, zašle pojistníkovi písemné potvrzení o přijetí této změny. Ujednává se, že byla-li žádost o změnu alokace běžného pojistného za základní pojištění pojistitelem přijata, dojde ke změně alokace běžného pojistného za základní pojištění od prvního dne následujícího pojistného období, byla-li žádost doručena alespoň 30 dnů před tímto datem, nebo od prvního dne dalšího následujícího pojistného období, byla-li žádost doručena později. Nepřijme-li pojistitel žádost pojistníka o změnu alokace běžného pojistného za základní pojištění do data, od něhož by změna alokace byla dle výše uvedeného účinná, pozbývá tato platnost.
3. Nová alokace se uplatní pro veškeré běžné pojistné za základní pojištění přijaté pojistitelem po realizaci této změny v interním systému pojistitele.
4. Pojistitel je oprávněn stanovit v sazebníku minimální a maximální procentní část pojistného, která může být alokována do jednotlivých programů investování.

## VÝPLATA ČÁSTI HODNOTY POJIŠTĚNÍ

### Článek 14 Výplata části hodnoty pojištění

1. Pojistník je kdykoliv v době trvání pojištění oprávněn písemně požádat na příslušném tiskopisu pojistitele o výplatu části hodnoty pojištění. V prvním pojistném roce umožní pojistitel výplatu maximálně do výše hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného, bylo-li toto již zaplaceno. Počínaje druhým pojistným rokem a za předpokladu, že běžné pojistné za první pojistný rok bylo plně uhrazeno, umožní pojistitel i výplatu z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění.
2. Částečnou výplatu z hodnoty pojištění pojistitel umožní maximálně v takové výši, aby hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění po výplatě neklesla pod limit stanovený pojistitelem v sazebníku a současně, aby součet veškerých dosud provedených výplat nepřevyšil součet pojistného zaplaceného za základní pojištění a mimořádného pojistného.
3. Pojistitel je oprávněn stanovit v sazebníku maximální počet výplat částí hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění v průběhu jednoho pojistného roku a/nebo maximální počet výplat částí hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného v průběhu jednoho pojistného roku.
4. Požádá-li pojistník o vyšší částku výplaty hodnoty pojištění, než je částka určená dle podmínek uvedených v odst. 1 a 2 tohoto článku, vyplatí mu pojistitel nejvýše částku určenou dle těchto podmínek.
5. Pojistitel je oprávněn výplatu části hodnoty pojištění zamítnout.
6. Výplata části hodnoty pojištění bude provedena za použití cen podílů platných ke dni realizace výplaty v interním systému pojistitele.
7. Pojistitel provede výplatu z hodnoty pojištění bez zbytečného odkladu bezprostředně poté, co je mu doručena písemná žádost dle odst. 1 tohoto článku. Nejpозději však pojistitel provede výplatu do šesti týdnů od data doručení písemné žádosti pojistníka dle odst. 1 tohoto článku pojistiteli. Nelze-li výplatu v dané lhůtě provést, je pojistitel oprávněn žádost o výplatu zamítnout.
8. Pojistitel je oprávněn stanovit v sazebníku lhůtu pro výplatu z hodnoty pojištění. Tato lhůta, pokud je pojistitelem v sazebníku stanovena, se uplatní pouze tehdy, určí-li pojistník v písemné žádosti o výplatu z hodnoty pojištění jako jeden z programů investování, z nichž má být výplata provedena, garantovaný program investování pro běžné pojistné nebo garantovaný program investování pro mimořádné pojistné. V tomto případě počíná lhůta pro výplatu z hodnoty pojištění běžet od následujícího dne po datu doručení písemné žádosti pojistníka pojistiteli. Pojistitel výplatu z hodnoty pojištění realizuje ve svém interním systému bezprostředně po uplynutí této lhůty. Je-li pojistitelem v sazebníku lhůta pro výplatu z hodnoty pojištění stanovena, neuplatňuje se časová lhůta dle odst. 7 tohoto článku.

## ZÁNÍK POJIŠTĚNÍ

### Článek 15 Zánik pojištění, vznik nároku na odkupné

1. Zánikem základního pojištění zanikají i veškerá vedlejší pojištění, která byla v pojistné smlouvě sjednána.
2. Bylo-li v pojistné smlouvě sjednáno pojištění pro případ vážné choroby a diagnóza některého z onemocnění uvedených v odst. 4 písm. a) až b), písm. d), písm. f) až o), písm. r) až v) článku 4 těchto ZPP nebo diagnóza onemocnění, které zapříčinilo zařazení na čekací listinu podle odst. 4 písm. c) článku 4 těchto ZPP nebo podstoupení chirurgického zákroku podle odst. 4 písm. e) a p) článku 4 těchto ZPP, byla u pojištěného stanovena během prvních tří kalendářních měsíců následujících po počátku pojištění pro případ vážné choroby, pojištění pro případ vážné choroby zaniká k datu stanovení diagnózy.
3. Při zániku základního pojištění, pro nějž nejsou nároky z pojištění těmito ZPP nebo VPP specifikovány, vyplatí pojistitel pojistníkovi odkupné, vznikl-li již na něj dle odst. 4 a 5 tohoto článku nárok. Podpisem pojistné smlouvy vyjadřuje pojištěný svůj souhlas s výplatou odkupného pojistníkovi. Pro určení hodnoty odkupného se rozlišuje odkupné z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění a odkupné z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného. Celková výše odkupného je součtem částek odkupného stanovených dle odst. 4 a 5 tohoto článku. Od odkupného je pojistitelem vždy odečten stornovací poplatek ve výši stanovené pojistitelem v sazebníku.
4. Nárok na odkupné z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění vzniká u pojištění tehdy, je-li hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění kladná, nejdříve však vzniká po roce trvání pojištění a za podmínky, že za první rok trvání pojištění bylo zaplaceno běžné pojistné. Výše odkupného z běžného pojistného se stanoví jako hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění.
5. Nárok na odkupné z hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného vzniká okamžikem zaplacení mimořádného pojistného, nejdříve však dnem počátku pojištění. Výše odkupného z mimořádného pojistného se stanoví jako hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení mimořádného pojistného.
6. Pojistitel je oprávněn rozhodnout o zániku pojištění v případech, kdy hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění poklesne na nebo pod hodnotu storno poplatku uvedeného v sazebníku. Rozhodne-li pojistitel o zániku pojištění v souladu s ustanovením tohoto odstavce, pojištění zaniká k poslednímu dni pojistného měsíce předcházejícího pojistnému měsíci, v němž hodnota pojištění vytvořená na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění poklesne na nebo pod hodnotu storno poplatku uvedeného v sazebníku. Pojistitel je povinen tuto skutečnost pojistníkovi písemně oznámit, a to nejpозději do dvou měsíců od data zániku pojištění.
7. Odchylně od článku 6 odst. 2 věty první VPP se ujednává, že vedlejší pojištění dle článku 1 odst. 2 písm. a) - c) těchto ZPP může ke konci každého pojistného období vypovědět každá ze smluvních stran.
8. Poruší-li pojistník povinnost uvedenou v článku 11 odst. 9 písm. b) VPP a v důsledku toho nemohl pojistitel doručit písemnost(i) týkající se trvání pojištění (např. výpověď vedlejšího pojištění, upomínku k zaplacení pojistného) ujednává se, že dané pojištění zanikne ke konci pojistného období, v němž se pojistitel dozvěděl, že danou písemnost nelze doručit.

### Článek 16 Zaokrouhlování

1. Pojistné a pojistné částky jsou vyjádřeny v celých Kč.
2. Při výplatě pojistného plnění, jakož i při výplatě částí hodnoty pojištění podle článku 14 těchto ZPP a jiných výplatách spojených s pojištěním, bude vyplacená částka zaokrouhlena na celé Kč, a to dle matematických pravidel.

## PROGRAMY INVESTOVÁNÍ

### Článek 17 Programy investování, investiční riziko a podíl na zisku

1. Pojistník si může zvolit z programů investování odlišujících se investiční strategií, povahou podkladových aktiv a tím i předpokládanou výnosností a mírou rizika.
2. Podkladová aktiva jednotlivých programů investování a výnosy z nich plynoucí jsou vlastnictvím pojistitele a zůstávají jim po celou dobu trvání pojištění. Pojištění proto nezakládá žádný nárok na žádná podkladová aktiva pojistitele, ani na žádné výnosy z těchto aktiv plynoucí.
3. Pojistitel je oprávněn uzavřít kdykoliv vstup do programu investování pro účely specifikované v člancích 7, 8, 12 a 13 těchto ZPP.
4. Pojistitel provádí jednotlivé úkony spojené buď se snížením nebo se zvýšením počtu podílů v hodnotě pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění, které vyplývají z ujednání této pojistné smlouvy nebo jsou prováděny na základě žádosti pojistníka, postupně jeden po druhém dle jejich časové posloupnosti. Tyto jednotlivé úkony jsou prováděny bez zbytečného odkladu, a to podle cen podílů daných programů investování pro běžné pojistné platných k datu realizace příslušného jednotlivého úkonu v interním systému pojistitele. Analogicky toto ujednání platí pro provádění jednotlivých úkonů spojených buď se snížením nebo se zvýšením počtu podílů v hodnotě pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného.
5. Investiční riziko spojené s prováděním úkonů dle odst. 4 tohoto článku a proměnlivou cenou podílů tržních programů investování nese pojistník.



6. Pojistitel je oprávněn změnit podkladová aktiva tržních programů investování při zachování charakteru podkladových aktiv. Při změně podkladových aktiv, pojistitel negarantuje zachování počtu podílů tržního programu investování, ale garantuje zachování hodnoty podílů tržního programu investování k datu změny podkladových aktiv. Pojistitel oznámí pojistníkovi změnu podkladových aktiv pro daný tržní program investování nejpozději do dvou měsíců od data provedení změny.
7. Pojistitel je oprávněn rozhodnout o zrušení tržního programu investování. Při zrušení tržního programu investování pojistitel negarantuje zachování počtu podílů tržního programu investování, ale garantuje zachování hodnoty daného tržního programu investování. Pojistitel nejpozději do dvou měsíců od data provedení změny písemně informuje pojistníka o převodu podílů do nového programu investování, o nové alokaci běžného pojistného a o datu její účinnosti.
8. Odchylně od ustanovení článku 12 VPP se na zisku podílí pouze garantované programy investování. Pojistitel přiznává zvlášť podíl na zisku ke garantovanému programu investování pro běžné pojistné, který navyšuje hodnotu programu investování pro běžné pojistné a zvlášť ke garantovanému programu investování pro mimořádné pojistné, který navyšuje hodnotu programu investování pro mimořádné pojistné.
9. Přiznává-li pojistitel podíly na zisku dle odst. 8 tohoto článku, připíše je do hodnoty příslušného garantovaného programu investování formou zvýšení počtu podílů příslušného garantovaného programu investování.
10. Výše podílů na zisku není pojistitelem zaručena.
11. Nad rámec podílů na zisku dle odst. 8 -10 tohoto článku může pojistitel přiznat finanční bonus. Finanční bonus přiznává pojistitel na základě svého rozhodnutí a to dle pojistné technických zásad, zvlášť do hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení běžného pojistného za základní pojištění a hodnoty pojištění vytvořené na základě zaplacení mimořádného pojistného. Výše finančního bonusu není pojistitelem zaručena a závisí rovněž na parametrech sjednaného pojištění.

#### **Článek 18 Cena podílu programu investování**

1. Cena podílu pro každý konkrétní tržní program investování není pojistitelem garantována a stanoví se na základě hodnoty podkladových aktiv a celkového počtu podílů daného tržního programu investování. Pojistitel je oprávněn odečíst od hodnoty podkladových aktiv, k nimž je program investování vztažen, všechny náklady, srážky a jiné poplatky přímo spojené s provozem programu investování, včetně výdajů na pořízení, prodej, oceňování a správu těchto podkladových aktiv.
2. Cena podílu garantovaných programů investování se určí tak, aby odpovídala aktuálnímu zhodnocení uvedenému pojistitelem pro daný garantovaný program investování v sazebníku. Pojistitel je povinen zveřejnit novou hodnotu zhodnocení přiřazenou k danému programu investování v sazebníku odchylně od odst. 6 článku 13 VPP nejpozději do jednoho měsíce od data provedení změny.
3. Ceny podílů programů investování budou stanoveny v četnosti stanovené pojistitelem, minimálně však jednou za měsíc.

#### **Článek 19 Závěrečné ustanovení**

1. Od všech ustanovení těchto ZPP se pojistitel může v pojistné smlouvě odchýlit, vyžadují-li to účel a povaha pojištění.
2. Odchylně od ustanovení článku 11 odst. 7 VPP se ujednává, že pojistník i oprávněná osoba jsou povinni podrobit se identifikaci a kontrole v souladu s příslušnými právními předpisy upravujícími opatření proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.
3. Tyto ZPP nabývají účinnosti dne 1. 12. 2012.